

Congreso internacional Derecho, Salud y Dependencia

AUTONOMÍA DEL PACIENTE y REPRESENTANTE SANITARIO

Juan Antonio Fernández Campos¹

Profesor Titular de Derecho Civil. Universidad de Murcia

juanfern@um.es

RESUMEN. La persona nombrada representante del paciente está legitimada para tomar decisiones relacionadas con su asistencia sanitaria. Esta legitimación concedida directamente por el propio otorgante (es un supuesto de representación voluntaria) deriva en última instancia de la propia Ley, que permite al paciente, en vez de acudir a los familiares para que sean éstos los que presten el consentimiento “por sustitución”, señalar la persona que él mismo considera más idónea para tomar estas decisiones.

ABSTRACT. The person named as the patient's representative shall have standing to make health-related decisions. This legitimacy granted directly by the grantor (it is a case of voluntary representation) derives ultimately from the Law itself, which allows the patient, instead of going to relatives so that they are the ones who give the consent "by substitution", indicate the person he considers most appropriate to take these decisions.

PALABRAS CLAVE. Autonomía del paciente, representante sanitario, aceptación del representante, duración del nombramiento

SUMARIO: 1. El representante sanitario en la Ley 41/2002. 2. ¿Qué puede o debe hacer el representante del paciente? 2.1. Velar por cumplimiento de la voluntad del paciente. 2.2. Ayudar a interpretar su voluntad. 2.3. Tomar decisiones concernientes a la salud del paciente. 3. Duración del nombramiento del representante. 4. ¿Pueden ser representantes varias personas? 5. ¿Es necesaria la aceptación del representante?

1.- EL REPRESENTANTE SANITARIO EN LA LEY 41/2002.

El artículo 11 de la Ley 41/2002 (o Ley de Autonomía del Paciente)² señala que el paciente puede nombrar un representante para que, llegado el caso, actúe como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario. Por su parte, el artículo 9.3, apartado a), dispone que procederá la prestación del consentimiento informado a cargo de un representante cuando el paciente no pueda personalmente prestar dicho consentimiento porque “no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación”.

Es decir, cuando el paciente esté impedido para tomar él mismo decisiones relativas a su asistencia sanitaria, por delante de los familiares del mismo, el equipo médico deberá acudir y recabar el consentimiento del representante que el paciente haya podido nombrar, porque será este representante quien firmará los correspondientes documentos de consentimiento informado para las diferentes actuaciones sanitarias que proceda realizar. Este representante del paciente puede haber sido nombrado en diversos documentos (privados o públicos) que recoja la declaración de voluntad del paciente, pero la propia Ley 41/2002 señala la posibilidad de que dicho nombramiento sea uno de los contenidos de los documentos de instrucciones previas.

Históricamente, es una de las dos previsiones básicas de los testamentos vitales (*living will*) de la experiencia clínica norteamericana, en los cuales era costumbre incluir, por un lado, una declaración del otorgante señalando que rechazaba que se le administraran ciertos tratamientos en ciertas circunstancias (normalmente, en situaciones terminales) y, por otro lado, dicha declaración se acompañaba del nombramiento de una persona de confianza del otorgante que actuaría en defensa de su voluntad declarada en ese documento³.

¹ Fundación Séneca (Agencia de Ciencia y Tecnología de la Región de Murcia). Proyecto "E-Salud y autonomía del paciente vulnerable a la luz del Bioderecho" (19486/PI/14) IP: Dra. M^a Belén Andreu Martínez.

² A nuestro juicio, el mejor comentario a la misma en DOMÍNGUEZ LUELMO, A.; *Derecho sanitario y responsabilidad médica (Comentarios a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica)*, Valladolid, Lex Nova, 2007.

³ Con más detalle sobre la legislación y experiencia norteamericana, LÓPEZ SÁNCHEZ, C.; *Testamento vital y voluntad del paciente*, Madrid, Dykinson, 2003, pp. 27-40; BERROCAL LANZAROT, A.I.; *Autonomía, libertad y testamentos vitales*, Madrid, Dykinson, 2009, pp. 127-152; DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F.; *Muerte digna y Constitución (Los límites del testamento vital)*, Madrid, UPCO, 2009, pp. 119-137.

Como se ve, la designación de un representante para asuntos sanitarios es una declaración de voluntad del paciente que supone conferir poder de representación a una persona de su confianza, sea familiar o no⁴, la cual queda en adelante apoderada para actuar en nombre del paciente cuando se encuentre impedido él mismo para expresar cuál es su voluntad en relación con la atención sanitaria que precise.

Más allá de las alusiones en el artículo 11 de la Ley (como uno contenidos de los documentos de instrucciones previas), y en el artículo 9.3., apartado a, (cuando establece que será este representante el que deba prestar el consentimiento por sustitución, con preferencia sobre los familiares, cuando el paciente no esté en condiciones de prestarlo personalmente), falta en la Ley de Autonomía del Paciente un régimen detallado de la figura del representante sanitario que sí encontramos, en cambio, en la legislación de algunas Comunidades Autónomas. No obstante, creemos más adecuado que sea una ley estatal la que establezca con carácter general el estatuto jurídico de los representantes sanitarios sin perjuicio de la existencia de ciertas especialidades en la legislación autonómica⁵.

2.- ¿QUÉ PUEDE O DEBE HACER EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE?

2.1. Velar por el cumplimiento de la voluntad del paciente.

Sería la primera y más básica función encomendada al representante sanitario que le acerca en su cometido a una especie de albacea nombrado por el paciente. Para ello el representante deberá, en primer lugar, hacer llegar el documento al centro sanitario donde se encuentre el paciente o, al menos, poner en conocimiento del equipo médico que lo atiende la existencia de un documento de voluntades anticipadas. Esta función era especialmente necesaria en las primeras leyes autonómicas que regularon los documentos de instrucciones previas, cuando era una carga que debía asumir el

⁴ “La práctica demuestra que, en ocasiones, los familiares, animados por los avances de la medicina, no se dan cuenta del sufrimiento que puede suponer para el paciente ser sometido a ciertos tratamientos y pudiendo llegar a caer en el denominado encarnizamiento terapéutico. Posiblemente por ello, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona envió a los responsables de clínicas y hospitales catalanes un modelo de testamento vital en el que se nombra como representante al médico de cabecera” (lo señala TUR FAÚNDEZ, M. N.; “El documento de instrucciones previas o testamento vital”, en *Libro Homenaje al profesor Manuel Albaladejo García*, Tomo II, Murcia, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, 2004, p. 4875).

⁵ Sobre el tema FERNÁNDEZ CAMPOS, J.A.; “Estatuto jurídico del representante designado en los documentos de instrucciones previas”, en *La protección de la persona y las opciones ante el final de la vida en Italia y España*, Murcia, Editum, 2013, pp. 217-244.

propio paciente, auxiliado en su caso por el representante, hacer llegar al médico responsable, el documento de voluntades anticipadas.

En este escenario, era necesario instrumentar otro sistema que garantizará mejor el conocimiento y eficacia de los documentos otorgados. Para ello la propia Ley 41/2002, en su art. 11.5 contempló la creación de un Registro nacional en el Ministerio de Sanidad, constituido en virtud del *Real Decreto 124/2007 de 2 febrero*, cuya puesta en funcionamiento no fue fácil pues algunas Comunidades Autónomas eran contrarias a su constitución ya que contaban con sus correspondientes registros autonómicos. Resulta evidente la conveniencia de que exista, además de los varios registros autonómicos, ese registro nacional, que permite a los profesionales sanitarios autorizados, de cualquiera de los servicios de salud españoles, saber si un paciente (residente o no en esa comunidad) ha otorgado un documento de instrucciones previas y, en caso afirmativo, conocer el contenido del mismo⁶.

Si a pesar del funcionamiento de los diferentes registros el médico desconociera la existencia del documento (no olvidemos que la inscripción en el registro no es obligatorio ni requisito de validez en la mayoría de las legislaciones autonómicas), el representante debe facilitar el documento al equipo médico. En todo caso, ya sea con un documento inscrito o no, el representante debe velar por el cumplimiento de las voluntades expresadas por el paciente⁷.

2.2.- Ayudar a interpretar su voluntad.

Una vez que el documento de voluntades anticipadas es conocido por el equipo médico hay que proceder a su aplicación. Es probable que los profesionales sanitarios encargados de darle cumplimiento desconozcan los valores vitales del paciente que explican los tratamientos solicitados o rechazados (si tales valores no fueron consignados por el paciente al redactar el documento); o bien puede suceder que el paciente desconozca los términos médicos correctos para haber manifestado su voluntad con acierto, de modo que en tal caso, será necesario acudir al representante para que

⁶ Sobre los diversos registros autonómicos SÁNCHEZ-CARO, J. – ABELLÁN, F.;, *Instrucciones previas en España (Aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos)*, Granada, Comares, 2008, pp. 173-237.

⁷ Como gráficamente dispone la Ley Foral 11/2002, en su artículo 9.2, “el documento de voluntades anticipadas deberá ser respetado por los servicios sanitarios y por cuantas personas tengan alguna relación con el autor del mismo, como si se tratara de un testamento”.

éste ayude a interpretar la voluntad del paciente, para la correcta ejecución de lo dispuesto en el documento⁸.

El representante se convierte, así, en el intérprete autorizado para determinar qué es lo que ha querido decir el paciente, para aclarar el contenido de sus manifestaciones, o interpretarlas a la luz de sus valores y convicciones personales que el representante conoce y que el equipo sanitario necesita para poder tomar decisiones clínicas adecuadas, y respetuosas con la voluntad del paciente.

2.3.- *Tomar decisiones concernientes a la salud del paciente.*

Es decir, actuar como verdadero representante del paciente, en nombre del mismo, en virtud de una legitimación y un poder que proviene directamente del propio interesado, con preferencia a los familiares o allegados (personas vinculadas por razones de hecho, en términos de la ley) para prestar él, como representante, el consentimiento requerido por el médico responsable para la actuación sanitaria que sea pertinente, después de haber sido informado adecuadamente el representante de los extremos que la legislación sanitaria exige (art. 10 de la Ley 41/2002).

Esta importante función del representante sanitario es la aludida en el art. 9.3.a) de la Ley 41/2002 cuando establece que antes de acudir a los familiares del paciente, se debe contar con el representante del mismo, si lo hay, aunque técnicamente no es un representante “legal” (como el que actúa en caso de menores de edad o de personas incapacitadas judicialmente), sino un representante “voluntario”, nombrado por el propio paciente, y habilitado por la ley para actuar en su nombre⁹.

En contra de que el representante tome decisiones en lugar del paciente más allá de lo manifestado en el documento se pronuncia parte de la doctrina¹⁰, pero otros autores se pronuncian a favor¹¹. A nuestro juicio, el dato determinante es que la función

⁸ MARCOS DEL CANO, A.M.; “Las instrucciones previas: su regulación jurídica en España”, en *Tratado de Derecho Sanitario*, Volumen I, Aranzadi, Cizur Menor, 2013, p. 847.

⁹ GONZÁLEZ MORÁN, L.; “La figura y función del representante en la legislación sobre instrucciones previas (Ley 41/2002 y legislación autonómica)”, en *Avances del Derecho ante los avances de la Medicina*, Madrid, UPCO, 2008, p. 643.

¹⁰ CANTERO MARTÍNEZ, J.; *La autonomía del paciente: del consentimiento informado al testamento vital*, Bomarzo, Albacete, 2005, p. 80; DOMINGUEZ LUELMO, A.; *op. cit.*, p. 431; MÉJICA, J. - DÍEZ, J.R.; *El estatuto del paciente (a través de la nueva legislación sanitaria estatal)*, Madrid, Civitas, 2006, pp. 144-145; y TUR FAÜNDEZ, M.N.; *op. cit.*, p. 4874. Creemos que todos ellos demasiado apegados al texto del artículo 11, parco y poco determinante.

¹¹ Para BERROCAL LANZAROT, A.I.; *op. cit.*, p. 198: “su nombramiento tiene como principal finalidad la toma de decisiones en lugar del otorgante cuando éste no puede hacerlo por sí mismo. Por

del representante no se deduce solo de lo dispuesto en el art. 11 de la Ley 41/2002 sino que hay que relacionarlo con lo que establece el art. 9, que permite que el representante preste el consentimiento por sustitución.

Parece más respetuoso con la voluntad del paciente, y por tanto con el principio de autonomía, que si no hay voluntad expresa del propio paciente consignada en el documento de instrucciones previas, se respete al menos su voluntad de que sea la persona designada como representante la que tome las decisiones por él, y no los familiares o allegados, sin perjuicio de que sea precisamente sobre uno de ellos sobre quien haya recaído la designación de representante.

En todo caso, la decisión del representante debe respetar lo dispuesto por el art. 9.6 de la Ley de Autonomía del Paciente que tras su reforma en 2015, declara que “la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente”.

3.- DURACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE.

¿Durante cuánto tiempo rige el nombramiento del representante? La posterior modificación judicial de la capacidad de obrar del paciente pone fin al nombramiento? Comenzando por esta última cuestión hemos de advertir que la eventual “incapacitación” (entiéndase, “modificación judicial de la capacidad de obrar”) posterior del otorgante no priva de eficacia al documento de voluntades anticipadas. Será entonces, cuando el paciente no está en condiciones de expresar personalmente su voluntad de forma válida, cuando entran en juego las declaraciones contenidas en el documento. Por tanto, uno de los presupuestos de actuación de los documentos es la

tanto, está autorizado para consentir o rechazar un tratamiento médico, dentro de los límites o márgenes establecidos por el propio paciente en el documento de instrucciones previas”; y para ALVENTOSA DEL RÍO, J.; (“La declaración de voluntades anticipadas o instrucciones previas”, en *Libro Homenaje al profesor Manuel Albaladejo García*, Tomo I, Murcia, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, 2004, p. 181): “dos son las finalidades primordiales del representante: una, actuar como interlocutor del otorgante de las voluntades anticipadas con el médico o equipo sanitario y dos, sustituir el consentimiento del otorgante en los casos en que éste no pueda expresar por si mismo su voluntad”; también GONZÁLEZ MORÁN, L.; *op. cit.*, p. 649; GALLEGO RIESTRA, S.; *El derecho del paciente a la autonomía personal y las instrucciones previas: una nueva realidad legal*, Aranzadi, Cizur Menor, 2009, p. 172; y SEOANE, J.A.; “Derecho e instrucciones previas”, *Revista Derecho y Salud*, Volumen 22 (extraordinario XX Congreso), 2011, p. 22.

futura incapacitación del otorgante. El otro presupuesto sería que el otorgante se encuentre en una situación que le impida tomar decisiones, aun sin estar judicialmente modificada su capacidad de obrar (art. 9.3.a) de la Ley 41/2002).

Pero si con posterioridad a la designación de representante sanitario, el otorgante fuera declarado incapacitado por resolución judicial y en la misma se le nombrara un tutor: ¿sería compatible la función de ambas figuras? La competencia del representante sanitario es muy concreta, para las actuaciones que tengan que ver con la asistencia sanitaria del paciente, con sus tratamientos médicos, lo cual permitiría excluirlas del ámbito general de actuación del tutor (la gestión del patrimonio del incapacitado y las otras cuestiones que afectan a su esfera personal). Pero, en cualquier caso, lo oportuno sería que el juez salvara, en la propia resolución de nombramiento del tutor, la continuidad del representante sanitario. De lo contrario, se dará lugar a posibles conflictos entre ambas figuras (tutor y representante sanitario)¹².

Por otro lado, ¿tiene plazo de vigencia o caducidad la declaración de voluntad consignada en los documentos de voluntades anticipadas? Frente a la solución acogida en otros ordenamientos jurídicos (como el francés) de establecer un período de caducidad a los documentos de modo que el otorgante se ve obligado a tener que renovar periódicamente el mismo¹³, nuestra legislación no establece un límite temporal a la vigencia del documento de voluntades anticipadas (tampoco tiene caducidad la voluntad del causante consignada en el testamento que ordena la sucesión *mortis causa* de su patrimonio, aunque muera muchos años después de haberlo otorgado).

La posibilidad del cambio de opinión del paciente, se salva con un régimen flexible de revocación que permita nombrar como representante a otras personas, o permita cesar a las ya designadas. En todo caso, la pérdida de confianza del paciente con el representante impide su actuación, acogiéndose a uno de los límites contemplados en el art. 11.3 de la ley 41/2002 que sanciona que no se aplicará lo dispuesto en el documento de voluntades anticipadas cuando no se corresponda el

¹² Al respecto vid. A. DOMÍNGUEZ LUELMO, A.; “La expresión anticipada de voluntades en el ámbito sanitario. El documento de instrucciones previas”, en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, Madrid, Unión Editorial, 2008, pp. 427-428; y NIETO ALONSO, A.; “El derecho del paciente a ser dueño de su destino: consentimiento informado y documento de instrucciones previas”, en *Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina*, Madrid, UPCO, 2008, pp. 698-699.

¹³ En esta línea también la legislación italiana SPOTO, G.; “Direttive anticipate, testamento biologico e tutela della vita”, *Rivista Europa e Diritto Privato*, 2006, p. 195

supuesto de hecho en la práctica con el que el interesado había previsto en el momento de manifestar su voluntad.

4.- ¿PUEDEN SER REPRESENTANTES VARIAS PERSONAS?

En cuanto al número de representantes, nada impide al interesado nombrar como representante a varias personas, en cualquier caso identificándolas suficientemente. Aunque la ley estatal no lo contempla expresamente, la legislación autonómica sí (por ejemplo, el art. 10 de la Ley 3/2005 de Madrid; o el art. 5 de la Ley 1/2006 de Baleares).

Pero en el caso de que el otorgante designe representante a más de una persona deberá entonces precisar si se trata de una designación para que actúen de forma simultánea o, por el contrario el llamamiento debe entenderse como sucesivo. En este último caso, el primer representante designado es el titular, y el segundo o ulteriores son sustitutos o suplentes que actuarán solo en el supuesto de que el primero no acepte el encargo, haya fallecido previamente o no esté en condiciones de actuar (por no hallarse presente en el momento oportuno, o por encontrarse impedido él mismo para tomar decisiones): en resumen, porque el primer representante no quiera o no pueda acudir cuando sea requerido por el equipo sanitario.

Por otro lado, si el interesado ha hecho una designación plural, nombrando varios representantes pero para que actúen simultáneamente, deberá, a su vez, precisar si la actuación de los mismo será mancomunada o solidaria, es decir, si valdrá la decisión de cualquiera de ellos (actuación solidaria), o por el contrario, será necesaria la presencia de todos o al menos de la mayoría, para alcanzar una decisión conjunta después de la oportuna deliberación. Lo contempla expresamente la Ley 9/2005 de La Rioja, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad, al disponer en el artículo 5, apartado 1.D).III que “En el caso de designar varios representantes, se deberá indicar si éstos actuarán de forma sucesiva o simultánea; y en este último caso, si lo harán mancomunada o solidariamente”¹⁴.

Esta modalidad de actuación mancomunada resulta en la práctica poco aconsejable pues por un lado dificulta la toma de decisiones y por otro lado, es fuente de

¹⁴ Por su parte, dispone el art. 10 (designación de representante) de la Ley 3/2005 de Madrid, que “El otorgante del documento podrá designar uno o varios representantes por el orden y en la forma que estime conveniente”.

posibles conflictos a la hora de alcanzar un acuerdo entre los representantes. Si la designación del representante evita los inconvenientes que la toma de decisiones en sustitución del paciente impedido pudiera generar entre los familiares o allegados del paciente, la pluralidad de representantes ocasiona alguno de los problemas que la figura trata de solucionar.

¿Cuál sería el número idóneo de representantes y su forma de actuación? En nuestra opinión lo más prudente sería nombrar más de una persona como representante para contemplar la posible eventualidad de que el representante designado no quiera o no pueda hacer acto de presencia cuando sea requerido para ejercer sus funciones. Y a los efectos de que la actuación de los mismos sea lo más operativa posible, creemos que la designación debería ser para que actúen de forma sucesiva los representantes, es decir, que el nombrado en segundo lugar solo actuaría cuando el primero no pudiera (por alguna razón que se lo impida) o no quisiera cumplir el encargo recibido del paciente (acaso, incluso, fue nombrado sin ser previamente consultado).

Por ello entendemos que si el otorgante no ha señalado expresamente cuál de los varios representantes nombrados deba actuar como interlocutor con el equipo médico (y en su caso prestar el consentimiento por sustitución) o si, por el contrario, deben actuar todos conjuntamente, el nombramiento debe entenderse como sucesivo, por el orden consignado en el propio documento¹⁵.

5.- ¿ES NECESARIA LA ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE?

Las leyes de algunas Comunidades Autónomas, aunque el texto de la ley básica estatal no lo señala en ningún momento, han establecido como requisito necesario que en el documento de instrucciones previas debe aparecer la aceptación del representante: en este sentido los art. 5.2 de la Ley 5/2003 de Andalucía, el art. 5.1. de la Ley 9/2005 de La Rioja, el art. 4.2 de la Ley 6/2005 de Castilla-La Mancha, el art. 3.3 de la Ley 1/2006 de las Islas Baleares¹⁶.

¹⁵ En contra BERROCAL LANZAROT, A.I.; *op. cit.*, p. 209: “el llamamiento habría de entenderse como simultáneo o conjunto, siendo la mancomunidad la forma organizativa de esta pluralidad de representantes y bastando el acuerdo de la mayoría”.

¹⁶ Sobre la abundante legislación autonómica, FERNÁNDEZ CAMPOS, J.A., “El derecho a otorgar documentos de instrucciones previas”, en *Derecho y Salud (Comentarios a la Ley 3/2009 de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia)*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2013, pp. 185-189.

Con este nuevo requisito se garantiza que la persona designada como representante del paciente conozca su nombramiento y lo acepte expresamente, de modo que está en disposición de ir conociendo los valores personales, el proyecto vital del otorgante conforme a los cuales adoptar en su momento las decisiones oportunas.

La aceptación del representante tiene también una importante trascendencia jurídica: convierte al representante sanitario en verdadero “mandatario” en la medida en que la persona designada ha aceptado el encargo recibido de actuar como representante suyo en las actuaciones sanitarias que sean necesarias. De este modo el representante queda obligado jurídicamente.

Pero ¿es necesario que en el propio documento que contiene el nombramiento del representante conste su aceptación? Recordemos que la ley básica estatal no incluyó este requisito, lo cual impide, a nuestro juicio, que se pueda aplicar esta aceptación como requisito de validez, en todo caso, del nombramiento de representante sanitario.

Además, jurídicamente, el nombramiento de un representante se puede configurar como un negocio jurídico de apoderamiento, que en nuestro ordenamiento es considerado como un acto jurídico unilateral, y por tanto es válido sin necesidad de que conste la aceptación de la persona designada como representante.

Es cierto que sin esta aceptación el nombrado representante no está obligado a actuar, ni cabe exigirle jurídicamente ninguna responsabilidad por incumplimiento. Pero ello no impide que sin la aceptación el nombramiento sea válido, y por tanto, desde que se produce el nombramiento, el representante queda habilitado, aunque no obligado, para poder actuar en nombre del paciente.

Para terminar, el representante sanitario contribuye a preservar la libertad y autonomía de las personas en la toma de decisiones relativas a su salud¹⁷. Su importancia merece una atención legislativa a nivel estatal de la que actualmente carece. La reforma de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente para incluir su regulación, o bien la promulgación de una ley específica, es oportuno y pertinente¹⁸.

¹⁷ ANDREU MARTÍNEZ, M.B.; “Discapacidad y autonomía en el ámbito sanitario a la luz de la convención de los derechos de las personas con discapacidad”, en *Estudios jurídicos sobre la protección de las personas con discapacidad*, Cizur Menor, Aranzadi, 2014, pp. 73 ss.

¹⁸ Incluso, “urgente” (MARCOS DEL CANO, A.M.; *op. cit.*, p. 849).